

Zeig, J.K. (1990). Seeding. In J.K. Zeig (Ed.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 221-246). New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J.K. (Ed.) (1980). *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.

Abstract: This article explores how hypnosis might help the work of rehabilitation, focusing on two aspects: (1) The utilizing real sense memories of former abilities and motoric skills, (2) the provoking of emotions like anger and shame. Apart from the contribution of Milton H. Erickson the author discusses relevant techniques of hypnosis in sports and some case histories from ancient Persia.

Keywords: rehabilitation, hypnosis, utilizing real sense memories, provoking emotions

Bernhard Trenkle, Dipl.-Psych
Bahnhofstr. 4
78628 Rottweil

Hypnotherapie in der stationären Behandlung psychosomatischer Patienten

Paul Janouch

Zusammenfassung: Es werden einige Besonderheiten im Umgang mit psychosomatischen Patienten diskutiert. Da die stationäre Therapie wegen kurzer Verweildauer notwendigerweise als Kurzzeittherapie angelegt ist, sind hypnotische Verfahren in besonderem Maße geeignet, einen Zugang zum Symptom als Informationsträger zu erschließen. Das praktische Vorgehen wird anhand von zwei Fallbeispielen illustriert.

Nach langjähriger Erfahrung in der stationären Psychotherapie mit psychosomatischen Patienten möchte ich einige Besonderheiten aus der Arbeit mit diesem Klientel berichten und anhand zweier Fallbeispiele illustrieren.

1. Der typische psychosomatische Patient ist seinen Symptomen "entfremdet": d.h. er erlebt sie überwiegend als störend, lästig und quälend, als überflüssig und sinnlos. Er kann also die im Symptom liegende Information nicht dechiffrieren, kann mögliche und ihm sonst zur Verfügung stehende Ressourcen nicht oder höchstens unzureichend nutzen. Daher ist der Hauptwunsch an die Behandler zunächst fast immer, das Symptom möge verschwinden. Dieser durchaus verständliche aber meist unrealistische Wunsch trifft im traditionellen Gesundheitswesen auf weitgehendes Entgegenkommen: die meisten Interventionen zielen auf rasche und wirksame Eliminierung von Störungen. Bei den uns hier interessierenden psychosomatischen Störungsbildern greifen die üblichen Interventionen aber nicht in ausreichendem Maße, so daß leider fast immer eine Vielzahl diagnostischer und oft erfolgloser therapeutischer Prozeduren vorausgeht, ehe überhaupt die Frage nach psychischen Bedingungen gestellt wird.

2. Daher ist der typische psychosomatische Patient, wenn er in die Klinik (resp. zur Psychotherapie) kommt, in der Regel ein chronifizierter Patient, und oft haben die vorgegangenen erfolglosen Bemühungen zu einer langsam wachsenden Frustration geführt. Es ist daher durchaus verständlich, daß ein solcher Patient zunächst skeptisch und mißtrauisch oder sogar empört ist, wenn er erfährt, sein Symptom werde als psychogen betrachtet. Die vorhergehenden Behandlungsversuche haben - zwangsläufig - ein organomedizinisches Erklärungsmodell verfestigt, in manchen Fällen überhaupt erst etabliert. Am Rande ist anzumerken, daß ein verbreitetes dualistisches Begriffsschema Soma-Psychische zur Fixierung problematischer Sichtweisen erheblich beiträgt, indem meist das Psychische als eine Art Restkategorie verstanden wird: d.h. alles, was nicht nach scheinbar "harten" und objektiven Kriterien eingeordnet und "erklärt" werden kann, wird danach als psychisch oder psychogen verstanden. Es ist evident, daß die komplexen somatopsychischen-psychosomatischen Wechselwirkungen dabei nicht angemessen berücksichtigt

werden können. Den Untersuchern und Behandlern fehlen oft entsprechende Fragestrategien, die ein Verständnis für solche Zusammenhänge eröffnen können. Die landläufige Vorstellung von psychosomatischen Symptomen läuft üblicherweise darauf hinaus, daß man "Probleme" haben müsse - und so schlicht wird meist auch, wie ich von den Patienten erfahre, tatsächlich gefragt. Es ist leicht zu verstehen, daß die Patienten dagegen häufig Widerstände entwickeln. Sie befürchten, nicht ernst genommen zu werden oder - noch schlimmer - als psychiatrischer Fall angesehen zu werden.

3. Der typische psychosomatische Patient steht daher psychotherapeutischen Angeboten zunächst einmal häufig mißtrauisch bis ablehnend gegenüber. Oft passiert es auch, daß ein solcher Patient gar nicht weiß, daß er in eine psychosomatische Klinik eingewiesen wurde, und daß er, nach der Ankunft mit dieser Tatsache konfrontiert, erst Zeit braucht, das zu verdauen.

4. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, diesen Kontextbedingungen genügend gerecht zu werden und dem Patienten zu helfen, die im Symptom enthaltenen, aber vom Bewußtsein abgespaltenen Informationen zu dekodieren. Nach meiner Erfahrung kommt es - neben einem guten Rapport - ganz wesentlich auf geeignete Fragestrategien an, um den Patienten anzuleiten, sein Symptom als Informationsquelle, als "inneren Ratgeber" zu verstehen und zu nutzen und damit auch den mühsamen und vergeblichen Kampf gegen die Symptome aufzugeben, und in diesem Kontext leichten hypnotische Techniken sehr wertvolle Hilfe.

5. Das praktische Vorgehen sieht so aus, daß ich, nach Möglichkeit bereits während des Erstinterviews, versuche, ein erweitertes Verständnis von Symptomen und ihren Funktionen zu etablieren: Wenn der Patient z.B. Veränderungsziele lediglich in Richtung einer Eliminierung der Symptome äußert, spreche ich in der Regel ausführlich über Sinn und Bedeutung von Symptomen im allgemeinen, daß etwa Schmerzen eine sehr wichtige Hinweisfunktion haben, und daß zunächst genau zu überprüfen ist, worauf das Signal hinweist, und daß es ja geradezu einer Amputation gleichkäme, wenn man etwas weg-machen wolle, zumal, wenn man die Botschaft noch nicht oder nur unzureichend verstanden habe. Ich erzähle dann eventuell Beispiele von verschiedenen körperlichen Symptomen oder Fallbeispiele anderer Patienten oder vergleiche auch Symptome mit technischen Anzeigegeräten. Den meisten Menschen leuchten solche Beispiele und Metaphern unmittelbar ein, und es ist dann meistens nicht mehr schwierig, zusammen mit dem Patienten in einen auf das Symptom bezogenen Explorationsprozeß einzusteigen. Oft gehen schon bei der Schilderung des Symptoms oder der Problematik bestimmte sprachliche Muster oder Formulierungen ("Tiefenstruktur" der Sprache) wertvolle Hinweise ebenso wie die Haltung und die "Physiologie" des Patienten. Dies dient als allgemeiner Hintergrund zur Formulierung erster vorläufiger Hypothesen, um daraus nach und nach spezifischere zu entwickeln. Mir ist es auch wichtig, den Patienten ganz direkt nach seinem Erklärungsmodell für das Symptom und nach seinen Annahmen zu den Entstehungsbedingungen zu befragen. Manche haben dazu recht genaue (und zutreffende) Vorstellungen. Oft erhalte ich auch zur Antwort, daß man nicht die geringste Ahnung habe, was das Symptom bedeute. In diesem Fall frage ich danach, ob die betreffende Person sich denn zumindest vorstellen könne, daß das Symptom irgendetwas, wenn auch dem bewußten Denken momentan nicht zugänglichen Sinn haben könne, und erörtere mit ihr bewußte und unbewußte Denkopoperationen und Wahrnehmungsvorgänge sowie die unbestreitbare

Tatsache, daß das bewußte Denken oft und gerade auch wichtige Dinge vergißt. Sobald eine Zustimmung zu der grundlegenden Prämisse erfolgt, daß das Symptom wichtige, aber aktuell nicht bewußte Informationen enthalten könnte, beginne ich mit der Etablierung eines unwillkürlichen Signals (ideomotorische Signale; Hand- oder Armlevitation), um mit dem "Unbewußten" bzw. mit dem "Teil" der Person, der das Symptom verantwortet, in Kontakt zu treten. Dieser Prozeß läuft manchmal sehr schnell ab, u.U. in einer Sitzung, erstreckt sich aber auch, je nach Reagibilität des Patienten, gelegentlich über mehrere Stunden. Nach meiner Erfahrung lassen sich mit einem solchen Vorgehen, also einer Kombination aus einer sorgfältigen "offenen" Exploration der Symptomatik und hypnotischen Techniken sehr viele Widerstände elegant umgehen. Es kommt relativ selten vor, daß jemand sich überhaupt nicht auf ein solches Vorgehen einlassen kann. Bei natürlich durchaus wechselndem Erfolg der therapeutischen Bemühungen ist es nach meinem Eindruck den Patienten sehr oft möglich, die Entfremdung vom Symptom zu reduzieren, also das Symptom mehr als Teil ihrer selbst zu sehen, zu akzeptieren und tendenziell als Ratgeber zu nutzen.

Im folgenden schildere ich zwei Fälle, bei denen dieses Vorgehen zur Anwendung kam.

Fall 1

Frau A., 49 Jahre alt, schildert bei der Aufnahme folgende Beschwerden: Schlafstörungen, Nervosität, depressive Verstimmungen, Herzbeschwerden, Bluthochdruck. Früher habe sie häufig Beruhigungsmittel genommen, aber das wegen der Gefahr von Abhängigkeit wieder gelassen; letztlich helfe das auch nicht. Zur Zeit der Aufnahme bekam sie ein blutdrucksenkendes Medikament. Ihr Erklärungsmodell für die Beschwerden ist, sie habe zu viele Belastungen im Beruf, im Haushalt, im Garten; später, im 3. Gespräch, ergänzt sie, es gebe auch Probleme in der Partnerschaft ("zu wenig Gemeinsamkeit"). Die Patientin hat keine Kinder, sie arbeitet als Angestellte in der kommunalen Verwaltung einer Großstadt. Ihre Wünsche/Ziele für die stationäre Behandlung sind, mehr zur Ruhe zu kommen und mehr Selbstbewußtsein (v.a. im beruflichen Bereich) zu erlangen. In den folgenden Gesprächen ging es um verschiedene Aspekte der beruflichen und privaten Stressoren und um Probleme in der Partnerschaft. Interessanterweise aber war mir zwischenzeitlich völlig aus dem Blick geraten, daß die Patientin im Erstinterview auch eine Herzsymptomatik genannt hatte, die sie selbst aber nicht weiter problematisiert hatte; sie schien mit der Einstellung auf einen Betablocker zufrieden zu sein, und so kamen wir in den Therapiegesprächen zunächst nicht darauf zurück. Endlich, in der 7. Sitzung, berichtete die Patientin ziemlich aufgebracht, daß der Stationsarzt ihr vorgeschlagen habe, die Herzmedikation schrittweise zu reduzieren und schließlich ganz abzusetzen. Die Patientin äußerte massive Angst davor umzufallen, wenn sie auf Spaziergängen in der Umgebung unterwegs sei. Erst durch diese "zufällige" Intervention des Kollegen geriet die psychosomatische Symptomatik wieder in den Blick. Ich besprach das mit der Patientin und schlug ihr vor, diese Problematik in den folgenden Sitzungen genauer abzuklären. In der nächsten Sitzung berichtete sie zunächst, daß sie diese Symptome schon sehr, sehr lange habe. Ihr völlig unerklärlich träten diese Beschwerden ganz plötzlich und unvorhersehbar wie "aus heiterem Himmel" auf; es könne z.B. in einer ganz entspannten ruhigen Atmosphäre, etwa bei einem langen Spaziergang passieren, daß sie spüre, wie ihr Herz plötzlich unregelmäßig zu schlagen beginne bzw. zu "rumpeln"; sie nehme ein Enge

und Druckgefühl in der Brust und am Hals wahr und ein starkes Angst- bzw. Panikgefühl. Sie müsse sich dann setzen, weil sie Angst habe umzufallen, und nach einer ganzen Weile (ca. 1/2 Std.) ließen die Beschwerden dann langsam nach. Besondere Auslösebedingungen konnte sie nicht nennen; ihr sei nur aufgefallen, daß zu Zeiten erhöhten beruflichen Stresses diese Beschwerden häufiger seien. In dieser Sitzung sprach ich mit ihr sehr ausführlich in der oben skizzierten Art und Weise über Funktionsweise und Signalfunktion von Symptomen; sie zeigte sich sehr interessiert an einer Klärung, und mit Hilfe einer Handlevitation wurde die Zustimmung des "Unbewußten" zu einer solchen Exploration eingeholt. In der folgenden Sitzung reagierte die Patientin sehr schnell auf den Vorschlag, Hintergründe der Symptomatik zu finden. Sie sagte, sie sei ganz sicher, daß das mit einem Erlebnis im Alter von drei Jahren zusammenhängen müsse. Auf die Frage, was sie darüber wisse, berichtete sie, sie sei mit ihrer Mutter in den letzten Kriegsmonaten von Soldaten überfallen worden, sie vermute, daß ihre Mutter und vielleicht auch sie selbst vergewaltigt worden seien. Ihre Mutter sei danach "verrückt" geworden und sei verschwunden, einige Zeit später sei sie in einer Kleinstadt in Norddeutschland unerkannt gestorben und erst nach ihrem Tod identifiziert worden. Dies alles wisse sie aus Erzählungen von Verwandten, bisher habe sie ihre Herzbeschwerden nie in einen Zusammenhang damit gebracht, aber jetzt spüre sie und sei sich ganz sicher, daß das so sein müsse. Die Frage nach weiterer Klärung wurde in dieser Sitzung vom Unbewußten verneint und daher vertagt - obwohl die Patientin sich auf der bewußten Ebene sehr dafür interessierte. Die Exploration begann in der nächsten Sitzung zunächst sehr zögernd. Ich unterstützte nachdrücklich dieses Zögern und sagte ihr, daß sie dies als Bestätigung werten könne, daß sie den vollen Schutz des Unbewußten genieße, und daß ihr Unbewußtes ihr immer nur soviel zumuten solle, wie sie verkraften könne, und daß sie jederzeit, wann immer es nötig sei, den Prozeß unterbrechen könne. Nach und nach erreichte sie mit langsamer und geduldiger Unterstützung eine volle Armlevitation etwa bis in Höhe des Gesichts, aber Bilder tauchten nicht auf, wie ich mich mit mehrmaligem Nachfragen vergewisserte, vielmehr zeigte sie in ihrem Ausdruck nach anfänglicher Spannung zunehmend Zeichen von Ruhe und Gelöstheit. So begann ich diese Anzeichen zu pacen und mit Angeboten zu begleiten, daß eine volle Aufklärung vielleicht gar nicht nötig sei, da ihr Bewußtes genug wisse und es vielleicht möglich sei, mit diesem Wissen das Geschehene weitgehend ruhen zu lassen und lediglich die ferne Erinnerung zu haben, daß sie damals, weit zurückliegend, schlimme Erfahrungen gemacht habe, daß sie das aber hinter sich habe. Ihr Unbewußtes solle sehr sorgfältig prüfen, ob das so möglich sei, und wenn es zustimme, könne der Arm wieder sinken, und mit dem Sinken des Armes könne sie vielleicht auch einen Hinweis bekommen, wie sich eine solche Lösung auf das Herz (bzw. die Herzsymptome) auswirken könne. Sehr lange und offensichtlich mit großer Sorgfalt prüfte die Patientin diese Frage, und nach etwa einer halben Stunde senkte sich der Arm langsam. Sehr ruhig und gelöst kam sie aus der Trance zurück und sagte, daß sie sich sehr wohl fühle. Die Frage, ob sie auch einen Hinweis auf mögliche Auswirkungen auf die Herzbeschwerden erhalten habe, beantwortete sie damit, daß sie ganz leichte Rückenschmerzen habe. Das verstand ich als eine möglicherweise spontane Symptomsubstitution und beschloß, dem weiter nachzugehen. In den folgenden beiden Sitzungen überprüfte ich mit der Patientin die Möglichkeit, ob sie die Rückenschmerzen, die sich inzwischen als "leichtes Kribbeln in der rechten Schulter" bemerkbar machten, sozusagen als Erinnerung an das Geschehene behalten könne, das sie vielleicht nie vollständig verstehen und begreifen könne, daß dadurch aber möglicherweise die plötzlich auftretenden

den Herzbeschwerden überflüssig würden. Die Patientin untersuchte diese Frage in einer längeren Trance-Sequenz noch einmal sehr sorgfältig. Danach berichtete sie, sie habe offensichtlich "zwei Herzsymptome": eins als Erinnerung an das alte Trauma und eins als Streßanzeiger, letzteres trete v.a. bei gelegentlichen Konflikten mit ihrem Vorgesetzten auf. In diesem Zusammenhang wolle sie sich Gedanken machen, wie sie ihr Verhalten ihm gegenüber ändern könne, und dabei wolle sie sehr genau auf ihre körperlichen Reaktionen achten. Sie berichtete weiter, daß die plötzlich aus der Ruhe auftretenden Herzbeschwerden sich im übrigen bereits geändert hätten: So habe sie eines Abends zwischen den letzten beiden Sitzungen wieder alle Anzeichen der Symptomatik gespürt, das sei aber nur ganz kurz gewesen, sie habe dann an die Sitzung gedacht und daran, daß sie doch mehr Abstand habe; im selben Moment habe sie dieses Kribbeln in der rechten Schulter gespürt, und die Herzbeschwerden seien völlig verschwunden.

Die gesamte Therapie dauerte 12 Sitzungen, die eigentliche Arbeit am psychosomatischen Symptom 5 Sitzungen.

Fall 2

Frau B., ca. 35 Jahre alt, schildert als Problem, sie brauche mehr Ruhe und das bedeute v.a. mehr Abstand zu ihrer Familie. Sie sei total im Streß, da sie sich neben ihrem recht anstrengenden Beruf auch noch ständig um die Familie und den Haushalt ihrer Schwester kümmern müsse, die manisch-depressiv und häufiger in der Psychiatrie sei. Als Symptome nannte sie neben Schlafstörungen und allgemeiner Erschöpfung auch eine recht massive Gewichtsabnahme; schon seit Jahren sei sie untergewichtig und es gelinge ihr einfach nicht, ein "normales" Gewicht zu halten; ihr Arzt habe gemeint, das sei bestimmt psychisch bedingt. Sie selbst sei in dieser Hinsicht allerdings skeptisch, denn sie esse wenig und glaube, sie habe eher eine Empfindlichkeit gegenüber vielen Nahrungsmitteln entwickelt; sie vertrage vieles nicht mehr und verdaue vielleicht manche Dinge nicht richtig. Sie gab im übrigen an, bereits zweimal eine stationäre Psychotherapie gemacht zu haben, in beiden Fällen sei es um beruflichen Streß gegangen, und beide Male habe ihr das sehr geholfen, einige wichtige Dinge zu klären; sie habe danach auch Änderungen vornehmen können. In den ersten Gesprächen ging es um die Klärung der familiären Belastungen; z.B. thematisierte sie ihre Schwierigkeiten, sich gegenüber Anforderungen nicht abgrenzen zu können. Sie gab sich bei all diesen Themen auch sehr klar und engagiert und setzte Veränderungsvorschläge unmittelbar um; so z.B. redete sie anläßlich eines Besuchs der Mutter mit dieser "Klartext". Aber obwohl sie diesbezüglich sehr zufrieden mit sich war, blieben zu ihrem eigenen Erstaunen ihre Symptome weiter bestehen, v.a. nahm sie während mehrerer Wochen nicht ein einziges Gramm zu. Sie beteuerte mehrfach, daß sie für ihre Verhältnisse viel esse, und weil typische anorektische Einstellungen bei ihr nicht erkennbar waren, schenkte ich ihr Glauben. Ihr selbst gab das Phänomen, daß sie trotz des Fehlens beruflicher und familiärer Stressoren ihr Gewicht nicht steigern konnte, sehr zu denken. Ich schlug ihr daraufhin vor, die Hintergründe dafür mit Hilfe einer hypnotischen Exploration zu klären. Sehr prompt fand sie als entscheidendes Ereignis die Trennung von ihrem Mann, die etwa 8 Jahre zurücklag. Sie berichtete, daß sie in der Zeit vorher eine "Total-OP" (Entfernung von Uterus und Ovarien) habe über sich ergehen lassen müssen; wegen Verwachsungsbeschwerden sei noch eine Nach-Operation nötig gewesen; insgesamt habe sie - diagnostische Eingriffe eingeschlossen - 9 Unterleibs-Operationen aushal-

ten müssen. Ihr Mann habe sie nicht nur nicht unterstützt, sondern ihr auch deutlich zu verstehen gegeben, daß sie für ihn keine vollwertige Frau mehr sei, er habe sie sitzenlassen, und sie habe bald herausgefunden, daß er eine Freundin hatte. Sie selbst habe dann die Trennung und Scheidung betrieben, ihr Mann habe das gar nicht gewollt. Sie habe sich aber so mies gefühlt, daß sie sich nur noch zurückziehen wollte. Im Jahr danach sei dann ihr Vater schwer krank gewesen, und sie habe sich mit äußerstem Einsatz um ihn gekümmert. In ihrer Firma habe sie durch Umstrukturierung ihres Arbeitsbereiches dann noch erheblich mehr Streß gehabt und eines Tages habe sie nicht mehr weiter gekonnt, angefangen, alles zu erbrechen, schließlich gar nichts mehr gegessen, weil ihr alles sofort wieder hochgekommen sei; sie sei ins Krankenhaus gekommen, wo man sie eine Zeitlang künstlich ernährt habe. Sie habe dann mühsam wieder lernen müssen zu essen, aber seither sei sie untergewichtig und habe eine Unverträglichkeit gegenüber vielen Nahrungsmitteln. Dies alles kam während dreier Sitzungen heraus. Die Patientin erkannte, daß sie auf die tiefe Kränkung durch ihren Mann über mehrere Jahre hinweg mit Rückzug und Depression reagiert hätte; deutlich wurde ihr auch, daß sie den Zusammenbruch, der mittlerweile 5 Jahre zurücklag, nur notdürftig kompensiert hatte. Sie meinte, jetzt komme es darauf an, die Trennung von ihrem Mann "wirklich", v.a. auch emotional zu vollziehen. In der folgenden Sitzung, eine Woche später, berichtete sie über einen Traum, in dem sie ihren Mann auf dem Friedhof in einem Sarg liegend gesehen habe. Dies erzählte sie gutgelaunt, geradezu fröhlich und meinte, das sei für sie das Zeichen, daß sie nun endlich anfange, sich auch innerlich von ihrem Mann zu lösen. In derselben Woche nahm sie - zum ersten Mal, seit sie in der Klinik war - fast ein Kilo zu.

Dieser Fall erscheint deshalb interessant, weil die Patientin im Anamnese-Gespräch schon fast alle relevanten Fakten berichtet hatte, diese aber in keinen sinnvollen, klaren inneren Zusammenhang mit ihrer Symptomatik bringen konnte. Später, als mit Hilfe der hypnotischen Exploration der Anstoß gegeben war, machte sie den ganzen Rest der Therapie praktisch im Alleingang; sie bedurfte von meiner Seite nur einiger Hinweise und Fragen. Dieser Verlauf verdeutlicht sehr gut den Unterschied zwischen einem intellektuellen Wissen um die Fakten und einem erweiterten Wissen, das neben kognitiven Faktoren auch emotionale und physiologische Aspekte einschließt.

Abstract: Several special aspects relating to dealings with psychosomatic patients are discussed. An in-patient treatment is necessarily designed as short-term therapy, due to the patients' short stay at the clinic, hypnotic processes represent a particularly suitable method of obtaining access to the symptom as a carrier of information. The practical procedure is illustrated by two example cases.

Keywords: Hypnotherapy, psychosomatics, in-patient treatment

Paul Janouch, Dipl.-Psych.

Osterstr. 68

32105 Bad Salzuflen

Sexueller Mißbrauch und Rheuma

Ein Therapiebericht

Wolfgang Lenk

Zusammenfassung: Bericht über die Therapie einer 40jährigen verheirateten Frau, Mutter von 2 kleinen Kindern, die in ihrer Kindheit zwischen dem 3. und 11. Lebensjahr von ihrem Vater sexuell mißbraucht wurde. Im Alter von 17 Jahren entwickelte sie Gelenkrheuma, das ihre Hand- und Fußgelenke stark verkrüppelte. Zu ihren starken Gelenkschmerzen litt sie noch an massiven Problemen in ihrer Familie. Um die Schmerzen zu reduzieren und neue Lebensperspektiven zu entwickeln, wurden Interventionen aus der klinischen Hypnose und dem NLP angewandt.

Ich möchte die Therapie einer 40jährigen verheirateten Frau, Mutter von 2 kleinen Kindern, darstellen, die in ihrer Kindheit zwischen dem 3. und 11. Lebensjahr von ihrem Vater sexuell mißbraucht wurde. Der Mißbrauch endete erst, als der Vater starb. Im Alter von 17 Jahren entwickelte sie Gelenkrheuma, das ihre Hand- und Fuß-Gelenke stark verkrüppelte. Wegen der starken Schmerzen nahm sie seitdem Cortison-Präparate. Mit ihrem Ehemann hatte sie massive Partnerschaftsprobleme, ihrer kleinen Tochter gegenüber litt sie an diffusen, aber starken Schuldgefühlen.

Wir sind durch meine Berliner NLP-Ausbildungskurse in Kontakt gekommen. Als Seminar-Teilnehmerin erlebte sie gewissermaßen die ersten Interventionen dieser dann folgenden Therapie. In der Therapie haben wir mit den kurzzeittherapeutischen Methoden der Hypnotherapie und des NLP gearbeitet, gleichwohl dauert die Therapie annähernd 2 Jahre und ist noch nicht ganz abgeschlossen. Wir hatten bisher 21 Sitzungen von meist etwa 2 Zeitstunden Dauer, zu denen die Klientin aus West-Deutschland angereist kommt. Zwischen den Sitzungen hatten wir manchmal bis zu 3 Monate Pause.

Für mich war und ist es eine sehr beeindruckende Therapie, weil ich das erste Mal selbst so massiv mit sexuellem Mißbrauch konfrontiert wurde, weil ich wieder einmal sehr deutlich die Macht internalisierter Glaubenssysteme erlebt habe und weil ich emotional tief berührt war von dem intensiven Kampf der Klientin um ihre psychisch-gesunde Existenz.

Im folgenden möchte ich den Verlauf der Therapie skizzieren und die Interventionen einiger wichtiger Sitzungen genauer beschreiben, so daß ein Bild entstehen kann, wie wir gearbeitet haben, welche Fehler mir unterlaufen sind und welche Ergebnisse wir bisher erzielt haben.